

# Unfall- Schadenanzeige

**Versicherungsgesellschaft:**

Die Schadenanzeige ist zur Vermeidung nachteiliger Folgen wahrheitsgemäß und ausführlich zu erstatten (§§ 33 und 34 Versicherungsvertragsgesetz)

Polizzenummer (bitte unbedingt angeben)
---

## Versicherte (Unfallbetroffene) Person

Familiename, Vorname, Titel		
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	Postleitzahl	Wohnort
Beruf (zum Zeitpunkt des Unfalles)	Üben Sie einen Nebenberuf aus (z.B. Landwirt, Skilehrer etc.)?	

## Versicherungsnehmer

Familiename, Vorname, Titel		
Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür	Postleitzahl	Wohnort

## Angaben zum Ereignis

Ort des Unfalles (bitte genaue Angaben)	Datum	Uhrzeit
Ausführliche Schilderung des Ereignisablaufes		
Arbeitsunfall (auch Wegunfall) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ist der Verletzte gesetzlich unfallversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bei welcher Anstalt?
Von welcher Polizeibehörde wurde das Ereignis festgehalten?		Wenn möglich, bitte Aktenzahl anführen
Hat die verunfallte Person in den letzten 12 Stunden vor dem Unfall alkoholische Getränke konsumiert, wenn ja wie viel?		

**Führerscheindaten (falls die verletzte Person  
Kfz-Lenker war)**

Ausstellende Behörde	Ausstellungsdatum
Führerscheinnummer	Fahrzeuggruppe

**Ergänzende Angaben**

Ist die versicherte Person auch bei anderen Gesellschaften privat unfallversichert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bei welchen Gesellschaften?	

**Vermerk des behandelnden Arztes**

**Diagnose**

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung über die Art der Verletzung

Arbeitsunfähigkeit vom	bis einschließlich
------------------------	--------------------

**Gesundheitliche Behinderung vor dem Unfall**

War der Verletzte vor dem Unfall gesundheitlich behindert? (z.B. Brüche, Verlust oder Gebrauchsunfähigkeit von Gliedmaßen, stark vermindertes Sehvermögen, Schwerhörigkeit, Epilepsie, Diabetes, Wirbelsäulenleiden, Herzleiden, Alkohol- und Drogenmissbrauch, alte Verletzungen oder Degeneration, Wirbelsäulenleiden (Bandscheibenvorfälle und dgl.))

Haben Krankheit, Gebrechen oder Alkohol- und Drogeneinfluss den Unfall mitverursacht bzw. die Unfallfolgen ungünstig beeinflusst?

ja  nein  teilweise

**Unfallfolgen**

Hat der Unfall bleibende Invalidität zur Folge?	Welche?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> möglicherweise	

**Behandlungsdauer**

War der Verletzte in einem Krankenhaus?	Wie lange befand sich der Verletzte in stationärer Behandlung?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Von: _____ Bis: _____
Krankenhaus:	

**Erste ärztliche Hilfe**

Wann ist die erste ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden?	Wer hat sie geleistet?
---	------------------------

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift Versicherungsnehmer



Berichtshonorar zu überweisen an

IBAN

BIC

### **Ermächtigung und Bankverbindung**

Ich ermächtige

- a) die Ärzte, in deren Behandlung ich stehe oder gestanden bin, dem anfragenden Versicherungsunternehmen über meine Gesundheitsverhältnisse Berichte (Kopien) Auskünfte zu geben.
- b) die Sozialversicherungsträger, wie alle anderen gesetzl. und privaten Versicherer, der Unfallversicherung Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.
- c) die Unfallversicherung, Einsicht in alle diesen Unfall betreffenden Akten bei Behörden (Polizei, Gendarmerie, Gericht, Sozialversicherungsträger, Versicherungen, usw.) zu nehmen.
- d) die Unfallversicherung, Daten an die unter a) b) und c) angegebenen Personen, Institute und Behörden weiterzugeben.

Versicherungsleistungen sind zu überweisen an

IBAN:

BIC:

Raiffeisen Salzburg Versicherungsmakler GmbH ist verantwortlich, Ihre personenbezogenen Daten ausreichend zu schützen. Raiffeisen Salzburg Versicherungsmakler GmbH beachtet deshalb alle Rechtsvorschriften zum Schutz, zum rechtmäßigen Umgang und zur Geheimhaltung personenbezogener Daten, sowie zur Rechtssicherheit. Unser Datenschutzhinfolblatt steht Ihnen auf unserer Homepage unter [www.rsvmgmbh.at](http://www.rsvmgmbh.at) zur Verfügung.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorderseitig angeführten Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet habe und die Niederschrift richtig ist. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Sinne der für meinen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen unwahre oder irreführende Angaben eine Obliegenheitsverletzung darstellen, die zu einer Leistungsfreiheit des Versicherungsunternehmens führen können.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des/der Versicherten

-----  
Unterschrift: VersicherungsnehmerIn